Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2014–2015

29 247 Acute zorg

Nr. 202

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 26 maart 2015

Per brief van 29 november heeft de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport mij verzocht de openstaande toezeggingen uit het algemeen overleg over de ambulancezorg van 9 april 2014 (Kamerstuk 29 247, nr. 189) gestand te doen. Met deze brief voldoe ik hier aan.

In het betreffende algemeen overleg heb ik toegezegd uw Kamer per brief te informeren over de stand van zaken van de volgende onderwerpen:

- Uitwisseling van patiëntgegevens tussen ketenpartners en Regionale ambulancevoorzieningen (RAV) in relatie tot het medische beroepsgeheim;
- Knelpunten in het grensoverschrijdend spoedeisende ambulancevervoer tussen Nederland en Duitsland;
- Privacyaspecten bij openbare informatie over meldingen van ambulanceritten;
- Het overleg tussen het Ministerie van VWS en zorgverzekeraars over bijdragen in de kosten van het gebruik van Automatische Externe Defibrillatoren (AED's);
- Analyse van de stijging van het aantal spoedritten in de ambulancezorg.

Daarnaast heb ik toegezegd uw Kamer te informeren over de mogelijke scenario's voor de structurele wetgeving in de ambulancezorg na expiratie van de Tijdelijke wet ambulancezorg per 2018. Hieronder ga ik op deze onderwerpen in.

Uitwisseling van patiëntgegevens tussen ketenpartners en RAV's in relatie tot het medische beroepsgeheim

Bij veel RAV's bestaat de behoefte om van ziekenhuizen de uiteindelijke diagnose van patiënten te ontvangen zodat achteraf beoordeeld kan worden of het ambulancepersoneel en de meldkamercentralisten juist hebben gehandeld. Hiermee kan de kwaliteit van de ambulancezorg verder verbeterd worden. Ook ik onderken het belang van feedback op

kst-29247-202
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2015

patiëntenniveau met als doel het bevorderen van de deskundigheid van het ambulance- en meldkamerpersoneel zolang dit in overeenstemming is met de huidige wet- en regelgeving.
Na juridisch onderzoek blijkt dat het uitwisselen van patiëntgegevens tussen twee verschillende zorgaanbieders zonder expliciete toestemming van de patiënt, niet in overeenstemming is met de huidige wet- en regelgeving. De Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) staat dit niet in de weg, maar de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) biedt deze ruimte niet. Ik ga het College Bescherming persoonsgegevens (CBP), de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de RAV's hierover informeren. Dit betekent dat voortaan aan elke patiënt (mondelinge) toestemming moet worden gevraagd, indien informatie betreffende iemands gezondheid aan het ambulancepersoneel teruggekoppeld wordt.

De huidige wet- en regelgeving biedt wel de mogelijkheid om gegevens geaggregeerd en geanonimiseerd terug te koppelen. Ik ga in gesprek met Ambulancezorg Nederland (AZN) en de Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen (NVZ) om de mogelijkheden voor terugkoppeling van gegevens zonder toestemming van de patiënt, maar dan op geaggregeerd of geanonimiseerd niveau te onderzoeken.

Knelpunten rond het grensoverschrijdend spoedeisende ambulancevervoer tussen Nederland en Duitsland

In het kader van het project Boundless Trauma Care Central Europe (BTCCE) wordt onderzoek gedaan naar de (ervaren) knelpunten in grensoverschrijdende samenwerking op het gebied van traumazorg en spoedzorg. Het onderzoek is breed uitgezet en het geografische onderzoeksgebied omvat de grensstreek in Duitsland, Frankrijk, België, Luxemburg en Nederland. De resultaten van het onderzoek geven inzicht in de (ervaren) knelpunten in de prehospitale zorg.
Vanuit Nederlandse zijde zijn in het vooronderzoek onder meer de volgende knelpunten aangegeven:
- Verschillen in competenties, de Nederlandse ambulanceverpleegkundige wordt niet erkend in Duitsland en Duits ambulancepersoneel wordt niet erkend in Nederland;
- De betaling van grensoverschrijdende ambulanceritten tussen Nederland en Duitsland is nog niet goed geregeld;
- Privacy bescherming bij uitwisseling van gegevens;
- Er is onduidelijkheid over de aansprakelijkheid.

De uitkomsten van het vooronderzoek laten zien dat deze knelpunten regiobreed ervaren worden en in de loop van de tijd niet sterk veranderd zijn. Een vergelijkbaar onderzoek is namelijk enkele jaren geleden in de Euregio Maas-Rijn (Zuid-Limburg met aangrenzend gebied in Duitsland en België) uitgevoerd. Bij AZN en de RAV's in de Duitse grensregio leeft daarom de wens om landelijke afspraken te maken over de grensoverschrijdende prehospitale zorg, bijvoorbeeld in de vorm van een (raam)overeenkomst of regeling tussen Nederland en de Duitse Bundesländer. Op dit moment bestaat er al een vergelijkbare overeenkomst tussen Nederland en België. Ik bezie op dit moment wat de mogelijkheden zijn om tot een soortgelijke oplossing te komen tussen Nederland en Duitsland. Daartoe worden diverse gesprekken gevoerd. In april 2015 zal ook een bijeenkomst plaatsvinden met de ambulancediensten en Rettungsdienste langs de grens Nederland-Niedersachsen. Deze bijeenkomst is onder meer bedoeld als kennismaking en om te bespreken welke kansen en welke beperkingen er zijn in de grensoverschrijdende samenwerking inzake ambulancezorg.

Privacyaspecten bij openbare informatie over meldingen van ambulanceritten

Zoals ik u eerder heb bericht vind ik het vanuit privacy-oogpunt niet wenselijk dat naar een persoon herleidbare informatie uit alarmeringsberichten van de hulpdiensten zichtbaar is op internetsites.

Ik heb in september 2014, samen met de Minister van Veiligheid en Justitie (V&J), in antwoord op Kamervragen van lid Bouwmeester en Wolbert (Aanhangsel Handelingen II 2014/15, nr. 55) aangegeven dat, vanuit de operationele wens om locatie-informatie te gebruiken in alarmeringsberichten en de privacy-aspecten die dit met zich meebrengt, onderzocht wordt of encryptie van die berichten financieel en praktisch uitvoerbaar is.

Zoals u zelf ook heeft gesignaleerd is in Noord-Nederland voor de alarmering van de ambulance ervaring opgedaan met een andere werkwijze. De regio's Groningen, Drenthe en Friesland zijn sinds een aantal jaren overgegaan op alarmering via de portofoon van de desbetreffende ambulancebemanning. Daarbij wordt er dus geen locatie-informatie meer in de meeste alarmeringsberichten aan ambulances verstrekt. Er bestaan een paar uitzonderingen op deze werkwijze, onder meer voor de Waddeneilanden, het alarmeren van speciale medische teams en bij een grootschalige alarmering.
Ambulancezorg Nederland heeft mij geïnformeerd dat er inmiddels in vijftig procent van de regio's op een vergelijkbare wijze als in Noord-Nederland wordt gehandeld.

Op basis van de ervaring die onder meer in Noord-Nederland is opgedaan met een andere werkwijze, heeft de Minister van V&J – mede namens mij – alle hulpverleningsdiensten gevraagd of ze mogelijkheden zien tot het invoeren van een werkmethode die een alarmering zonder adresgegevens mogelijk maakt en als die mogelijkheden er zijn of ze daar toe over willen gaan.

Ambulancezorg Nederland heeft mij laten weten dat zij de leden (alle 25 regionale ambulancevoorzieningen) binnenkort gaat vragen in te stemmen met het uitgangspunt van alarmering via de portofoon. Ik ondersteun dit voorstel en zal u hierover op korte termijn nader informeren.

In de aanbesteding van C2000 waarover de Minister van V&J u op 5 maart jongstleden (Kamerstuk 25 124, nr. 74) heeft geïnformeerd is ook de optie van encryptie van alarmeringsberichten meegenomen. Dit leidt voor de hulpverleningsdiensten tot de mogelijkheid om hier gebruik van te maken. Een dergelijke keuze gaat wel gepaard met technische, financiële en operationele consequenties voor de werkwijze en de invoer van aangepaste randapparatuur. De operationele diensten zullen hierover – mede op basis van een impactanalyse – een keuze in moeten maken. Hierover zal de Minister van V&J u nader informeren.

Het overleg tussen het Ministerie van VWS en zorgverzekeraars over bijdragen in de kosten van het gebruik van Automatische Externe Defibrillatoren

Zoals ik uw Kamer op 12 november 2013 per brief heb laten weten heeft het College voor Zorgverzekeringen (CVZ, de rechtsvoorganger van het Zorginstituut Nederland) eerder aangegeven dat bij de financiering van AED's onderscheid gemaakt moet worden tussen de beschikbaarheidskosten van de apparatuur en de kosten van een daadwerkelijk inzet. Het

beschikbaar stellen van AED's moet worden gezien als een vorm van collectieve preventie. Iedereen in Nederland kan besluiten om uit preventieoverwegingen een AED aan te schaffen en, al dan niet in de openbare ruimte, beschikbaar te stellen voor een acute zorgbehoefte. Denk hierbij aan AED's in openbare gebouwen, in winkelcentra of bij sportverenigingen. De beschikbaarheid van een dergelijk apparaat is geen wettelijke verplichting. Aanschaf en onderhoud zijn zelfstandige beslissingen, waardoor ook de financiering van deze beschikbaarheidskosten voor rekening van de initiatiefnemer komen. De zorgverzekering is een verzekering voor het individuele risico van behoefte aan zorg. De kosten van collectieve preventie vallen buiten de dekking van de Zorgverzekeringswet. Vergoeding van deze beschikbaarheidskosten (denk aan de aanschaf en het regulier onderhoud van een AED) vanuit de Zorgverzekeringswet is dan ook niet rechtmatig.

Een deel van de AED-financiering kan worden gerelateerd aan het daadwerkelijk gebruik van een AED bij een hartstilstand van een individuele patiënt. Denk hierbij aan de kosten van de gebruikte pads en de kosten van het uitlezen en resetten van de AED. Deze, direct aan de inzet gebonden kosten, kunnen worden gezien als kosten voor geneeskundige zorg, als bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit Zorgverzekering, gericht op een individuele verzekerde die redelijkerwijs is aangewezen op deze hulp. Hiermee kan deze zorg worden gerekend tot de te verzekeren zorg binnen de Zvw. Het CVZ heeft daarbij verwezen naar de polisvoorwaarden van zorgverzekeraars.
Hierover is vanuit het Ministerie van VWS contact geweest met Zorgverzekeraars Nederland (ZN). ZN heeft daarbij aangegeven dat zorgverzekeraars geen afspraken maken met private partijen over het gebruik van AED's omdat zij ook geen bemoeienis hebben met de keuze voor het al dan niet neerzetten van een AED. Vergoeding van de direct aan de inzet gebonden kosten kan derhalve plaatsvinden op restitutiebasis ten laste van de Zorgverzekering. Gezien het acute karakter van het gebruik van een AED dient de verzekeraar wel een redelijke vergoeding voor de kosten in de polisvoorwaarden op te nemen. Vanuit het ministerie is er op aangedrongen dat verzekeraars de uitwerking van deze aanspraak helder opnemen in de polisvoorwaarden. ZN zal dit onder de aandacht van de zorgverzekeraars brengen.

Overigens is op dit terrein relevant om te noemen dat in verschillende regio's samenwerkingsverbanden tot stand komen tussen Regionale Ambulancevoorzieningen en AED-burgernetwerken. In deze constructies kunnen verzekeraars afspraken maken met RAV's over bekostigings- en kwaliteitsaspecten van een professioneel gecoördineerde inzet van AED's en de daarbij behorende afstemming tussen professionele hulp en burgerhulpverlening.

Analyse van de stijging van het aantal spoedritten in de ambulancezorg

In het Algemeen Overleg van 9 april 2014 (Kamerstuk 29 247, nr. 189) is door mevrouw Bouwmeester gevraagd naar de oorzaken van de groei van het aantal spoedritten in de ambulancezorg.
De gegevens, zoals jaarlijks door AZN openbaar worden gemaakt, geven een beeld van de ontwikkeling van het aantal ambulanceritten. Daarbij kan onderscheid worden gemaakt tussen A1 ritten (inzetten bij acute dreiging van de vitale functies, aanrijtijd in principe maximaal 15 minuten), A2 ritten (geen direct levensgevaar maar wel risico van (ernstige) gezondheidsschade, aanrijtijd in principe maximaal 30 minuten) en planbare ritten (geen spoed). Ten aanzien van de aanrijtijd van A1 ritten zijn wettelijke normen vastgelegd, ten aanzien van de andere ritten niet.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
A1	439.725	454.309	463.913	478.331	500.835	541.164
A2	223.813	239.572	247.008	263.257	273.692	274.907
Planbaar	339.512	348.085	350.347	342.838	325.892	328.709
Totaal	1.003.050	1.041.966	1.061.268	1.084.426	1.100.419	1.144.780

Bron: Ambulancezorg Nederland

Het aantal spoedritten (A1 en A2) is tussen 2008 en 2013 gemiddeld met 4,2% per jaar toegenomen. Gemiddeld over deze jaren is er geen verschil in de groei tussen A1 en A2 ritten, wel wijkt het beeld per jaar af. De totale groei van het aantal A1 en A2 ritten varieert per jaar, maar laat geen systematisch patroon zien ten opzichte van de gemiddelde groei. Opvallend is wel de sterke groei van het aantal spoedeisende ritten in het laatste jaar, 2013, van 5,4%. In dat jaar is ook een opmerkelijk groot verschil in groei tussen A2 ritten (0,4%) en A1 ritten (8,1%) zichtbaar. De gemiddelde groei over de gehele periode van het totaal aantal ritten (2,7%) wordt gemitigeerd door een lichte daling van het aantal planbare ritten tussen 2008 en 2013.

Om meer zicht te krijgen op de achterliggende oorzaken van de groei van het aantal spoedritten heeft het RIVM op mijn verzoek een nadere trendanalyse uitgevoerd[1], waarbij op basis van beschikbare data is bezien of meer duiding kan worden gegeven van de groei van het spoedvervoer. Uit deze trendanalyse blijkt dat alle RAV's te maken hebben gehad met een groeiend aantal spoedinzetten (A1 en A2). De jaarlijkse groei tussen de RAV's varieerde echter aanzienlijk tussen gemiddeld 1,7% per jaar en 8,3% per jaar. In sommige regio's ging een grote groei van het aantal A1 ritten gepaard met een eveneens grote groei van A2 ritten. In andere regio's gaat een grote toename van A1 ritten gepaard met een relatief lage groei van het aantal A2 ritten.
De groei van het aantal spoedeisende ritten is waarneembaar in zowel landelijke gebieden als in stedelijke gebieden, al is de groei in sterk stedelijke gebieden iets minder groot dan in minder stedelijke gebieden. Opvallend in de analyse is de relatief sterke groei van het aantal loze ritten (ritten waarbij noch vervoer noch hulp ter plaatse is verleend), al moet daarbij worden opgemerkt dat het aandeel van loze ritten in het totaal aantal spoedritten beperkt is (circa 5%).

Het RIVM heeft bezien wat de invloed van de demografische ontwikkelingen is op de groei van het spoedvervoer over de jaren 2009–2012. Voor die jaren zijn data beschikbaar over de kenmerken van een groot aantal patiënten in de ambulancezorg. Over deze jaren bedroeg de gemiddelde jaarlijkse groei van het aantal spoedritten 3,7%. De demografische ontwikkeling verklaart 1,6%, waarvan 0,6%-punt is toe te schrijven aan de toename van de omvang van de bevolking en 1%-punt aan de vergrijzing. De resterende 2,1%-punt groei in deze periode blijft echter onverklaard.

Tevens heeft het RIVM bezien of er een trend kan worden waargenomen in de ontwikkeling van het type aanvrager van spoedritten. Denk daarbij aan aanvragen vanuit de 112-meldingen, aanvragen van huisartsen of aanvragen van andere hulpverleners en zorgaanbieders. Het RIVM constateert daarbij echter dat de beschikbare data voor een dergelijke analyse ontoereikend zijn omdat in de loop van de tijd van een groeiend aantal inzetten onduidelijk is door wie deze zijn aangevraagd. De data laten derhalve geen duidelijke conclusies toe op dit terrein.

[1] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

Het RIVM geeft aan dat twee belangrijke factoren die de trends in het gebruik van ambulancezorg mede kunnen bepalen in de kwantitatieve analyse buiten beschouwing zijn gebleven. Dit betreft het totaal aantal meldingen dat op de meldkamer binnenkomt en de wijze van triage door de meldkamer ambulancezorg. Deze factoren konden in de kwantitatieve analyse niet worden meegenomen omdat hierover geen gegevens beschikbaar zijn.

In aanvulling op de trendanalyse heeft het RIVM een review uitgevoerd van (internationale) literatuur op het terrein van de spoedeisende ambulancezorg. Deze review laat zien dat ook in veel andere landen een forse groei van het aantal spoedritten waarneembaar is. Het literatuuronderzoek laat zien dat de toename in het gebruik van spoedeisende ambulancezorg in een aantal westerse landen varieert tussen 1,2 en bijna 9% per jaar, waarbij de groeicijfers wel afhankelijk zijn van specifieke populaties, klachten of specifieke locaties. In een beperkt aantal studies is gekeken naar de onderliggende factoren van deze groei. De resultaten daarvan zijn echter niet eenduidig. In de literatuurstudie is door het RIVM ook geen relevante studie gevonden waarin het effect van triage op het aantal ambulance-inzetten werd bestudeerd. Wel bleek in een aantal regio's/landen waar ook informatie beschikbaar was over het aantal meldingen, dat het aantal daarvan in de loop van de tijd groeide.

Het literatuuronderzoek naar determinanten van het gebruik van spoedeisende ambulancezorg zou verder inzicht kunnen geven in de vraag welke factoren ertoe hebben kunnen bijdragen dat het gebruik van ambulancezorg in Nederland is gestegen. Veruit de belangrijkste determinanten zijn mate van urgentie en ernst, hetzij door professionals, hetzij door de slachtoffers zelf of omstanders ingeschat. Ook leeftijd wordt in veel studies aangemerkt als een belangrijke determinant. Door kinderen en ouderen wordt vaker een beroep gedaan op ambulancezorg dan door personen uit de tussenliggende leeftijdsgroep. Enkele andere determinanten die volgens enkele studies een samenhang met het gebruik van ambulancezorg lieten zien, zijn auto-ongelukken, zich bevinden op het platteland, de aanwezigheid van comorbiditeit, verzekerd zijn en etniciteit. Bij aandoeningen van het hart en beroerte hebben patiënten met specifieke ziektespecifieke klachten en patiënten met een hartziekte of beroerte in de voorgeschiedenis een grotere kans om met een ambulance vervoerd te worden dan patiënten met vagere klachten of zonder een dergelijke ziekte in de voorgeschiedenis. Maar onduidelijk is in welke mate ontwikkelingen van deze determinanten een bijdrage leveren aan de waargenomen groei van de spoedeisende ambulancezorg.

Al met al maakt de analyse van het RIVM helder dat de waargenomen groei van het aantal spoedritten in Nederland op basis van de beschikbare gegevens slechts ten dele kan worden verklaard uit de genoemde trends en ontwikkelingen. Een groot deel van de groei en van de waargenomen verschillen in groei tussen de regio's, blijft vooralsnog onverklaard.

Mevrouw Bouwmeester heeft in het Algemeen Overleg van 9 april 2014 een mogelijk verband geopperd tussen de groei van het aantal spoedritten en een op de meldkamer gebruikt uitvraagsysteem. Zoals ik uw Kamer eerder heb laten weten is in 2011 de eerste meldkamer in Nederland overgegaan op AMPDS/ProQA, een geautomatiseerd, geprotocolleerd uitvraag- en triagesysteem. Andere meldkamers zijn later gevolgd in deze ontwikkeling naar een dergelijk geprotocolleerd systeem. Een deel van de meldkamers is vanaf 2012/2013 ook gaan werken met AMPDS/ProQA, een ander deel met het zogenoemde NTS-systeem. Sinds het voorjaar van 2014 werken alle meldkamers met hetzij AMPDS/ProQA, hetzij NTS. Het gebruik is daardoor nog te pril om hier al cijfermatige

conclusies aan te verbinden. In mijn antwoord van 12 februari 2015 op de vragen van de vaste commissie VWS over het onderzoek van IQ Healthcare inzake onnodige ambulanceritten heb ik u laten weten dat binnen de Nederlandse Meldkamers volop wordt gewerkt aan het verbeteren van de kwaliteit van de triage. Standaardisering en protocollering met behulp van geautomatiseerde systemen is daarbij een belangrijk hulpmiddel. Bij de inregeling van deze systemen is het vraagstuk van onder-/overtriage een belangrijk aandachtspunt.

Tot slot

De vaste commissie verzoekt geïnformeerd te worden over het aanbestedingsproces na expiratie van de Tijdelijke wet ambulancezorg. Over de mogelijke opties voor de structurele wetgeving is VWS nog in overleg met AZN en ZN. Een in nauwe samenwerking met AZN uitgevoerde nadere Europeesrechtelijke verkenning heeft bevestigd dat het huidige ordeningssysteem binnen de ambulancezorg, waarbij alleen bestaande RAV's het exclusieve recht kunnen krijgen om ambulancezorg in een regio uit te voeren, niet houdbaar is. Met AZN en ZN worden de mogelijke andere opties nader verkend en uitgewerkt. Ik kan nu nog niet vooruitlopen op de uitkomsten van deze overleggen, maar zal – zoals eerder toegezegd – uw Kamer hierover zo spoedig mogelijk informeren.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers